18

Ein Fall von

Primärem Tubencarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

hohen medicinischen Facultät

der

k. b. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Ottmar Müller,
approb. Arzt aus Augsburg.

München.
Buchdruckerei von M. Ernst
1896.

Ein Fall von

Primärem Tubencarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

hohen medicinischen Facultät

der

k. b. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Ottmar Müller,
approb. Arzt aus Augsburg.

München.
Buchdruckerei von M. Ernst
1896.

Wie die Einführung der Antiseptis in der Chirurgie eine völlige Umwandlung hervorgerufen hat, so auch in der Gynaecologie und bei dieser hatte sie nach zwei Seiten hin ihre segensreichen Folgen getragen: einmal wurden durch sie Eingriffe ermöglicht, deren Unternehmung früher ein tollkühnes Wagnis gewesen wäre und dann wurde mit ihrer Hilfe die Erkenntnis pathologisch-anatomischer Zustände der weiblichen Sexualorgane in einer Weise gefördert, wie es das spärliche und dem Zufall unterworfene Material vom Seciertisch allein nie vermocht hätte. „So ist die Gynaecologie im Begriffe geradezu ihr gesamtes pathologisch-anatomisches Substrat von der Lebenden zu gewinnen.“ Diese Erweiterung unserer Erkenntnis hat eine Umgestaltung des früheren pathologisch-anatomischen Systems angebahnt, dessen Ausbau freilich noch in weiter Ferne liegt: vieles wurde als unrichtig erkannt und manche Kapitel erstanden völlig neu. Letzteres gilt ganz besonders von den primaeren Neubildungen der Tuben, worüber in den älteren pathologisch-anatomischen Werken fast nichts zu finden ist. In jüngster Zeit ist ein epochemachendes Werk*) von A. Martin erschienen, das diesem bis jetzt bestehenden Mangel allerdings gründlich abhilft, vorzüglich durch einen Abschnitt aus der Feder von M. Sänger

*) Dieses Werk, speziell der Abschnitt über die Neubildungen der Eileiter von Sänger und Barth wurde bei dieser Arbeit benützt und beziehen sich die angeführten Stellen darauf.

und Julius Barth, der ausschliesslich den Neubildungen der Eileiter gewidmet ist. An dieser Stelle soll auch die Einteilung der Tubenneubildungen, wie sie Sänger und Barth vorgenommen haben, Platz finden:

I. Geschwülste der Schleimhaut.
(Mucosa und Submucosa).

1. Polypen.
   a) Schleimhaut-Polypen.
   b) Decidual-Polypen.
2. Papillome.
   a) Tubare Condylome.
   b) Papilloma tubae.
   c) Papilloma tubae cysticum (vesiculosum).
3. Carcinome.
   a) Carcinoma papillare.
   b) Carcinoma gyriforme.
4. „Deciduoma malignum“ („Epithelioma serotino-choriale“).
5. Sarcome.
   a) Sarcoma papillare.
   b) Carcino-Sarkoma papillare.

II. Geschwülste der Muscularis.
(Sammt intermusculaerem Bindegewebe).
a) Myome und Fibrome.
b) Sarcome.

III. Geschwülste der Subserosa.
Lipome.

IV. Geschwülste der Serosa.
Papillome. Cystoide Gebilde.

V. Geschwülste der Tubenfransen.

Besonderes Interesse verdienen wegen ihrer Seltenheit die primaeren Tubencarcinome; so konnte Orthmann aus der gesamten älteren kasuistischen

Literatur nur 13 Fälle von wirklichem Carcinom der Tuben auswählen und auch diese nur bedingungsweise und als Carcinome schlechthin, nicht als primaere Carcinome; dies lag einmal an dem thatsächlichen Mangel von Notizen über „Scirrhus", „Markschwamm", Krebs der Tuben und dann an dem „äusserst mangelhaften pathologisch-anatomischen Wissen der älteren Autoren und dem Fehlen mikroskopischer Untersuchungen"; gehört ja doch die Feststellung des Vorkommens primaerer Tubencarcinome ganz der Neuzeit an und nur die mit modernen Hilfsmitteln untersuchten hieher gehörigen Fälle sind verwertbar.

Anlass zur vorliegenden Arbeit gab ein auf der II. gynaecologischen Klinik der Münchener Universität zur Beobachtung und Operation gelangender Fall von primaerem Tubencarcinom, dessen Beschreibung hier folgt:

Therese B., 49 Jahre alt (Journal Nr. 63), trat am 15. Mai 1895 in die gynaecologische Abteilung des Krankenhauses l. I. ein. Sie gab an früher nie krank gewesen zu sein, machte nur eine Entbindung durch und zwar vor 24 Jahren; dieselbe soll sehr schwer verlaufen sein. Die Menstruation trat mit 14 Jahren ein, war stets regelmässig, alle 4 Wochen, mässig stark, mit geringen Schmerzen im Kreuz verbunden.

Seit 4½ Jahren sind die Menses unregelmässig, die Patientin bekam Schmerzen im Leib; seit 7 Monaten ist die Periode ganz ausgeblieben; seit dieser Zeit will die Kranke auch stark abgemagert sein. Die Beschwerden wurden immer grösser, der Leib dehnte sich mehr aus und nun suchte Patientin das Krankenhaus auf.

Status praesens. Patientin befindet sich in einem mittleren Ernährungszustand und ist leicht anaemisch. Im Bereich des linken Oberlappens zeigt

die Lunge verschärftes Athemgeräusch, sonst weisen Lunge wie auch das Herz keinen abnormen Befund auf. Die Brüste sind schlaff mit schwach entwickelter Drüsensubstanz, die Warzenhöfe klein, wenig pigmentiert, Sekretion ist nicht vorhanden.

Der Leib ist in der Regio hypogastrica und mesogastrica hervorgewölbt und zwar rechts stärker wie links; die Mittellinie ist schwach pigmentiert; Striae nicht sichtbar; vereinzelte Petechien sind vorhanden. Bei der Palpation fühlt man unter den weichen Bauchdecken einen ins kleine Becken hinabreichenden nach oben bis 3 Finger breit über dem Nabel sich erstreckenden rundlichen Tumor, von glatter Oberfläche, die einzelne Hervorbuchtungen zeigt; elastischer Consistenz und deutlicher Fluctuation; der Tumor liegt mit seiner grössten Ausdehnung in der rechten Bauchhälfte. Die Bauchdecken sind über der Geschwulst verschieblich; diese selbst ist fast unbeweglich. Kein Ascites.

Der Introitus vaginae weit, die Vagina ist glatt; die Portio klein, stark nach links bis zur seitlichen Beckenwand verlagert. Das rechte Vaginalgewölbe ist durch den unteren sich elastisch anfühlenden Pol der Geschwulst stark herabgedrängt, der Uterus ist sinistroponiert, eine genaue Abtastung desselben ist nicht möglich. Hinter dem Uterus ist noch eine zweite im Douglas'schen Raum liegende, nicht näher bestimmbare, elastische Resistenz zu fühlen. Ausfluss besteht nicht.

Es wurde die Diagnose: Multiloculaeres intraligamentär entwickeltes Kystom des linken Ovariums gestellt.

Am 21. Mai 1895. Laparotomie in Beckenhochlagerung und Aethernarkose. Bauchdeckenschnitt 12 cm lang, fingerbreit rechts von der Linea alba durch den M. rectus. Es praesentiert sich eine Frauen-

kopf-grosse Cyste, von glatter Oberfläche, die punktiert wird, worauf eine dunkelbraune Flüssigkeit von Wasser-Consistenz sich entleert. Der Cystensack wird eventriert, an der Flexura sigmoidea des Dickdarms besteht eine breite Adhaesion, die leicht gelöst wird. Nun ist ein genauer Überblick über Lage der Cyste und Stielverhältnisse möglich. Der Tumor ist mit seinem unteren Drittel tief zwischen die entfalteten Blätter des ligamentum latum hineingewuchert; der Uterus, nicht vergrössert, ist stark sinistroponiert, die rechte Tube verläuft an der Vorderseite der Cyste ungefähr in der halben Höhe derselben und ist nicht verändert. Die Innenfläche der Cyste zeigt mehrere leistenartige Vorsprünge, wodurch grössere nnd kleinere Buchten entstehen. Die Innenfläche ist überall glatt; papillaere Excrescenzen sind nicht zu bemerken. Es handelt sich demnach um ein glandulaeres, intraligamentaer entwickeltes Kystom des rechten Ovariums.

Die Auslösung der Cyste aus dem Beckenbindegewebe wird begonnen; es entsteht eine ziemlich heftige, schwer zu stillende Blutung; die Verwachsung des Cystensacks mit dem Beckenboden ist so intensiv, dass trotz angestrengter Versuche die gänzliche Ausschälung nicht gelingt und ein Teil des Sackes nach Resection von ungefähr 3/4 der ganzen Cyste zurückgelassen werden muss. Der Tumorrest wird mit Nähten vereinigt und versenkt.

Nun werden die linken Adnexe genauer besichtigt und an diesen ein Befund erhoben, der die Veranlassung zu dieser Publication gibt.

Die linke Tube ist in ihrer Länge bedeutend ausgedehnt (ca. 15 cm), posthornförmig gewunden, vor der Articulatio sacro-iliaca sinistra liegend; sie ist am abdominalen Ende atretisch und hat Keulenform. Von

Kleinfingerdicke am uterinen Ende, erweitert sie sich gegen das abdominale Ende hin bis zu einer hühnereigrossen Auftreibung. Die Oberfläche ist glatt, mit dem Ovarium und der Beckenwand bestehen leichte Verwachsungen, das Ovarium selbst ist nicht vergrössert und auch sonst nicht verändert. Die abdominale Hälfte der Tube hat eine dünne, durchscheinende Wand, während die uterine Hälfte mehr ein starres Rohr bildet. Der Tubentumor, im ganzen gänseeigross, macht den Eindruck einer Hydrosalpinx. Die Tube wird entwickelt, abgebunden und entfernt, während das Ovarium belassen wird. Die Bauchwunde wird mit Etagennaht verschlossen, nachdem zuvor wegen des beständig nachsickernden Blutes aus den bei der Ausschälung des Kystoms gesetzten Wundflächen ein Jodoformgazestreifen als Drain eingelegt und zum untern Wundwinkel herausgeleitet worden war.

Bei genauerer Betrachtung des Tubensackes zeigt sich nun folgender Befund: Beim Einschneiden in das dünnwandige, abdominale Ende entleert sich rein seröse, klare Flüssigkeit; die Innenfläche ist hier vollständig glatt. Bei weiterem Aufschneiden der Tube gegen das uterine Ende zu, zeigt sich das Tubenlumen, das hier ungefähr Bleistiftdicke hat, vollständig mit feinen papillaeren Massen ausgefüllt; diese zottigen Wucherungen erstrecken sich auf ungefähr 6 cm der Tubenlänge und reichen bis zum Ostium uterinum hinan. Die seröse Oberfläche der Tube ist auch im Bereich dieser papillaeren Excrescenzen vollständig intact; die ganze Tube hier kleinfingerdick. Zur genaueren Entscheidung dieses Befundes wurde das Praeparat mikroskopisch untersucht.

Histologischer Befund: In Schnitten, die senkrecht zur Tubenachse verlaufend angefertigt sind,

erweisen sich die das Eileiterlumen ausfüllenden Zöttchen als lange Papillen, die eine minimale Schicht von Bindegewebe als Gerüst zeigen, auf dem einschichtiges, aus Cylinderzellen bestehendes Epithel aufsitzt. Von der primaeren Zotte gehen vielfache, sekundaere, knäuelförmig unter einander verwirrte Nebenzotten ab, die dieselbe Beschaffenheit zeigen. Manche dieser Papillen sind so getroffen, dass sie nur aus Epithelzellen zu bestehen scheinen; die Epithelzellen dieser Zotten sind grösser und dicker als die Zellen des normalen Tubenepithels, vielfach sind Mitosen sichtbar. Die papillaeren Gebilde entspringen nicht vom ganzen Umfang der Tubeninnenfläche, sondern nur von ungefähr dreiviertel des Umfangs. Der freibleibende Rest der Schleimhaut zeigt nichts mehr von der normalen Papillenform, sondern nur noch flache Prominenzen gegen das Lumen zu, die mit plattgedrücktem, kubischen Epithel bedeckt sind. Da, wo die beschriebenen Zotten von der Tubenwand ausgehen, ist nun eine kreisförmige Abgrenzung der papillaeren Massen von der Tubenmusculatur nicht vorhanden, sondern die epitheliale Wucherung setzt sich an manchen Stellen in die konzentrischen Lagen der circulären Tubenmusculatur hinein fort, die konzentrische Lagerung vollständig unterbrechend. An manchen Stellen sieht man auch epitheliale Nester in der Tubenmusculatur ohne Zusammenhang mit den Zotten, die das Lumen ausfüllen. Diese sich in die Tiefe der Musculatur hineinsenkenden Fortsätze, sowie die ganz abgeschnürten Nester zeigen nicht mehr so deutlich den papillaeren Bau, wie die Zotten. Bei oberflächlicher Betrachtung scheint es, als ob manche dieser Nester alveolaeren Bau hätten, also aus lauter ordnungslos zusammenhängenden Epithelzellen bestünden. Jedoch bemerkt man bei genauerem Zusehen, dass sich auch

in diesen Nestern eine reihenförmige Anordnung der Epithelzellen finden lässt.

Eine mehrschichtige Anordnung des Epithels konnte aus keinem Praeparate sicher erkannt werden, obwohl der Eindruck, dass das Epithel in mehreren Schichten angeordnet sei, vielfach entstand, einmal dadurch, dass die papillaere Sprossung in ausserordentlicher Mächtigkeit auftritt, dann dadurch, dass viele dieser Papillen schräg getroffen sind.

Das die epithelialen Nester umgebende Gewebe zeigt an vielen Stellen Rundzelleninfiltration, jedoch sind auch Stellen vorhanden, wo nichts von einer solchen zu bemerken ist.

Die zur mikroskopischen Untersuchung verwandten Praeparate waren in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, mit dem Jung'schen Mikrotom geschnitten und mit Carmalaun gefärbt.

Nach diesem Befund ist es unzweifelhaft, dass in diesem Falle ein primaeres papillaeres Carcinom der Tube vorliegt. Dass es sich nicht um ein einfaches Eileiter-Papillom handelt ohne malignen Charakter, sondern um ein echtes Carcinom, beweisst das Hineinbrechen der Wucherung in die Musculatur der Tube. Der Fall ist ein sehr junges Carcinom, das nur deshalb zur Beobachtung kam, weil wegen des Ovarialkystoms die Laparotomie vorgenommen wurde. Der vorliegende Befund deckt sich vollständig mit dem von Andern beschriebenen.

Das Carcinom ist zweifellos primaer in der Tube entstanden; das Ovarium war vollständig frei, ebenso wurde weder bei der Laparotomie, noch auch aus subjectiven Angaben der Patientin irgend ein Anhaltspunkt für eine carcinomatöse Erkrankung des Uterus gefunden.

Bezüglich der Reconvalescenz der Operierten ist noch nachzutragen, dass dieselbe vollständig glatt verlief. Die höchste Temperatur betrug 38,4, die höchste Pulszahl 108; am 3. Tag wurde der Gazestreifen entfernt. Über das weitere Schicksal der Patientin, die am 1. Juli aus der Behandlung entlassen wurde, ist nichts bekannt geworden. —

Die das primaere Tubencarcinom behandelnde Literatur ist von Sänger und Barth gesammelt und in dem schon einmal citierten Werke von A. Martin publiciert worden. Es sind im ganzen 17 Fälle bekannt; ich will hier der Vollständigkeit halber die Fälle und die jeweiligen Autoren kurz angeben.

1. Orthmann. Centralbl. f. Gynaek. X. S. 816. Zwei grosse Abscesse des rechten Ovarium. Rechte Tube in ihrer ganzen Länge von einem papillaeren, das Lumen tubae zum Teil verschliessenden, in der Tubenwand eingedrungenen Carcinom eingenommen. Als weitere Erkrankung der Adnexe sind zu bemerken: Vereinzelte papillaere Wucherung auf der Innenwand der Ovarialabscesse. Einzelne kleine Knötchen der Excavatio vesicouterina. Einzelne Beckendrüsen carcinomatös. „Ovario-Salpingotomia dextra".

2. Alban Doran. Transact of Pathol. Soc. of London. Vol. XXXIX. p. 208.

Ovarium dextrum wenig vergrössert, lappig, von Krebswucherungen durchsetzt, ausserdem vom verdickten Lig. lat. her zellig infiltriert. Markiges, zottiges Carcinom der rechten Tube bis auf 3 cm vom uterinen Ende der Tube. Abdominalende verschlossen. Doran vergleicht den mikroskopischen Bau mit einem Drüsencarcinom. Linke Adnexe nur durch chronische Entzündung verändert. Salpingo-Oophorectomia duplex.

3. Eberth und Kaltenbach. Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynaek. XVI. B. S. 357 Taf. III.

Markige papillomatöse Geschwülste in beiden Tuben, Eindringen in die Tubenwand mit Hervorsprossung papillaerer Knötchen auf der Serosa tubae dextrae. „Salpingotomia duplex".

4. Zweifel. Vorlesungen über klin. Gynaekologie. Berlin 1892. S. 139. Taf. III.

Linksseitig 20 cm langer, 8 cm dicker, wurstförmiger, cystischer Tumor, platzt bei der Herausholung. Rechte Tube in einen kolossalen, wurstförmigen Tumor umgewandelt, erfüllt von einem Carcinoma papillare. Ovarien und Uterus gesund. Nur eine Netzadhaesion mit dem linken Tumor. Salpingo-Oophorectomia duplex, supravaginale Amputation des Uterus.

5. Zweifel. Centralblatt für Gynaek. 1894 Nr. 27. Primaeres Carcinom einer Tube mit Ovarialcyste.

6. Westermark und Quensel. Nordiskt. med. Arkiv 1892 Heft 1.

In der cystisch erweiterten rechten Tube knollige grauweisse Carcinommassen, welche ausser einem bohnengrossen isolierten Knoten näher der pars uterina auch die Wandung der Tube durchsetzen. In der linken Tube zahlreiche kleinere papillaere Excrescenzen von carcinomatösem Bau. Beide Ovarien uniloculär cystisch, äusserlich glatt. Im Innern des rechten Ovarium, welches mit der Tube fest verwachsen ist, kleine papillaere Excrescenzen. Salpingo-oophorectomia dupl. und Abtragung eines gestielten Myoma Uteri.

7. Th. Landau und Rheinstein. Archiv für Gynaek. XXXIX.

Rechte Tube birgt in einer sackartigen Erweiterung, etwa in ihrer Mitte auf eine Strecke von 3 cm ein markiges Carcinom; ein weiter lateral gelegener cyst. Hohlraum ist glattwandig. Links nur Sactosalpinx serohämorrhagica, Uterus, Ovarien, Peritoneum normal.

Nur ist das rechte Ovarium mit der Tube verwachsen. Salpingo-oophorectomia duplex.

8. J. Veit. Mitteilung in der Discussion zu dem Vortrage Kaltenbachs über seinen Fall von Tubencarcinom.

Pyosalpinx mit übelriechendem Inhalt. Innenfläche der Tube mit zahlreichen kleinen Wucherungen besetzt, deren mikroskopische Untersuchung deutlich Carcinom ergab.

9. Cornil-Routier. Annales de Gynécologie 1893. p. 39 Paris.

Die Geschwulst ist die enorm vergrösserte linke Tube mit 1,5 Liter schwärzlicher Flüssigkeit, welche aus dem abdominalen cystisch erweiterten Abschnitte stammt, der intermediaere Teil darmähnlich, birgt ein papillaeres Carcinom. Ovarium nicht aufzufinden. Salpingektomia dextra.

10. Fearne. Leopold, Geburtshülfe und Gynaecologie II. Band.

Linke Tube 5 cm nach aussen vom uterinen Ende in eine 18 cm lange, 5 cm dicke wurstförmige Anschwellung übergehend, bewirkt durch eine markige papillomatöse Krebsgeschwulst. Linkes Ovarium etwas atrophisch, sonst wie die rechten Adnexa gesund. Salpingo-oophorectomia sin.

11. Wynter. Transact of Pathol. Soc. of London 1891.

Bei einer Section gefunden: Hühnereigrosse, krebsige Masse im Zusammenhang mit dem Fimbrienende der rechten Tube. Das Innere der krebsigen Masse communiciert mit einer strausseneigrossen (geborstenen) Cyste, deren Innenfläche von dendritischen Wucherungen ausgekleidet ist. Uterus und beide Ovarien frei.

12. Smyly. The Dublin Journ. of med. Science 1893.

Tuben-Carcinom (laut mikroskopischer Untersuchung). Sehr schwierige Operation eines anscheinend entzündlichen Adnextumor. Rectum an zwei Stellen verletzt.

13. Warneck. Nouv. Arch. d' Obst et de Gyn. 1895 März.

Beide Tuben sehr gross. In der Ampulle der rechten Tube blumenkohlartige Massen; ebenso in der linken Tube, wo dieselben mehr gestielt sind. Carcinoma papillare. Rechte Tuboovarialcyste. Ovarien sonst frei, ebenso Uterus. Salpingo-Oophorectomia duplex.

14. v. Rosthorn. Sänger und Barth verdanken die Angaben über diesen Fall mündlicher Mittheilung; die in Aussicht gestellte ausführliche Publication ist inzwischen erfolgt und zwar in den „Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie", VI, pag. 469.

Carcinoma tubae utriusque papillare, mit Pyosalpinx. Eiter steril, ebenso wie der einer mitentfernten eiterhaltigen Cyste der Bartholinischen Drüse. Anschwellung der Leistendrüsen (wurden exstirpiert). Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexa, doch mit Zurücklassung der linken Tube.

15. Mischnoff. Medizina, St. Petersburg 1891, Nr. 3, S. 181—188. Nicht zu beschaffen gewesen.

16. Knauer. Offic. Protok. der gebh.-gyn. Gesellschaft in Wien, Centralbl. f. Gyn. 1895 Nr. 21.

Rechte Tube hydrophisch erweitert, in ihrer Wand verdickt, mündet in den Cystensack. In ihrer Mitte ein taubengrosses, markiges, papillaeres Carcinom. Die Gesammtgeschwulst eine Tuboovarialcyste. Uterus, beide Adnexa, Peritoneum frei von malignen Neubildungen. Abtragung der ca. 10 l bräunlicher, mit Fetzen untermischter Flüssigkeit haltenden Cyste bis auf einen nicht ausschälbaren Rest, welcher sammt

dem Stumpf des auch myomatösen, mitamputierten Uterus in die Bauchwunde eingenäht wird.

17. Sänger und Barth in A. Martins: „Die Krankheiten der Eileiter“, pag. 253.

In der rechten am Abdominalende geschlossenen retortenförmigen Tube, ein nierengrosses und nierenförmiges, markiges, papillaeres Carcinom. Rechtes Ovarium, ausser Verwachsungen, normal. Links lediglich Pansalpingitis und Peri-Salpingo-Oophoritis chronica. Salpingo-Oophorectomia duplex.

18. Unser Fall.

Die linke Tube ca. 15 cm lang, ist am uterinen Ende von Bleistiftdicke, erweitert sich am abdominalen Ende keulenförmig zu einem gänseeigrossen Tumor. Abdominalende atretisch. Das uterine Ende fast vollständig ausgefüllt mit feinen papillaeren Massen, die sich auf ungefähr 6 cm der Tubenlänge erstrecken; ausserdem findet sich — das diagnosticierte — glanduläre intraligamentaer entwickelte Kystom des R Ovariums. Linkes Ovarium vollständig frei. Salpingotomia sinistra. Ungefähr der vierte Teil der Ovarialcyste muss wegen Schwierigkeit der Loslösung zurückgelassen werden.

Das, was Sänger und Barth über den von ihnen beschriebenen Fall sagen, gilt vielfach auch von dem hier beobachteten. Der Zweifel, der von diesen Autoren offen ausgesprochen wird, ob die fragliche Neubildung nicht doch zu den Papillomen gerechnet werden müsste, mit denen sie ja sicher in ihrer Bauart viel gemein hat, wurde durch den Vergleich mit den Arbeiten von C. Ruge und von Pfannenstiel dahin entschieden, dass ein Carcinom, nicht ein Papillom vorliege. Die grosse Uebereinstimmung der papillaeren Neubildungen der Tubenschleimhaut mit den „malignen Adenomen“ des Uterus und den papillaeren Adeno-Carcinomen des

Ovarium, die gelegentlich dieser Vergleiche zu Tage trat, sei nur eben erwähnt. Der Unterschied zwischen Papilloma tubae und Carcinoma papillare s. papillomatosum ist in dem Ausgangspunkt der Sprossenbildung zu erkennen und Sänger und Barth definieren ihn in folgender Weise: „Beim ersteren — dem Papilloma tubae — geht die Sprossenbildung vom Bindegewebe aus, dessen papillaere Auswüchse sich nur insoweit mit Epithel bedecken, als dies erforderlich ist; bei letzterem — dem Carcinoma papillare — geht die Sprossenbildung von den Epithelien aus, indem diese im Sinne der Inversion Ruges in völlig atypischer Weise nach allen Richtungen papillaere Auswüchse treiben, in welche sich nur ein spärliches, bindegewebiges Stroma einsenkt. Dem Papilloma tubae wäre demnach auch analog das Adenoma zum Teil auch das Fibroma ovarii papillare von Pfannenstiel und dem Carcinoma papillare tubae das Adeno-Carcinoma papillare ovarii, dessen papillaere Wucherungen dieser Autor ihrem Wesen nach eben in einer Epithelneubildung erblickt.

Gemäss dieser Auffassung könnte das Papilloma tubae auch, ganz im Sinne von Doran, als entzündliche Neubildung der Tubenfalten gelten gelassen und nur das Carcinoma papillare tubae als epitheliale als wahre Neubildung angesehen werden.“

Was die äussere Gestaltung, Grösse und Localisation anlangt, so werden folgende Formen des primaeren Tubencarcinoms unterschieden.

1. eine rein knotige Form: Vorhandensein nur eines einzigen solitaeren Tumor.

Hieher gehören die Fälle 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 16, 17 = 11, somit die überwiegende Mehrzahl der Fälle.

2. eine diffuse Form: zahlreiche kleinere, in Flächen und Tiefenausbreitung sich aneinander reihende Knochen.

Hieher gehören die Fälle 1, 8, 14 und 18. Der Tubenkrebs ist immer ein weicher Krebs, ein Markschwamm.

Nach der mikroskopischen Untersuchung sind zu unterscheiden:

1. Fälle mit rein papillaerem Bau, entsprechend dem malignen Adenom des Corpus uteri mit invertierendem Typus.

Hieher gehören die Fälle 3, 4, 7, 9, 10, 13, 17, 18.

2. Fälle mit papillaer-alveolärem Bau, entsprechend dem Adeno-Carcinoma uteri.

Hieher gehören die Fälle 1, 2, 6.

Bei Gegenüberstellung und Vergleichung der oben kurz skizzierten Fälle unter sich und mit dem unseren lassen sich manche gemeinsame Gesichtspunkte finden. Das Ergebnis der Vergleichung kann dahin zusammengefasst werden:

1. Einseitiges Befallensein der Tuben überwiegt weitaus.

Eine Tube war betroffen, so weit angegeben, in 13 Fällen (Nr. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 18.

Beide Tuben waren betroffen in 3 Fällen (Nr. 3, 6, 14).

Ausschliesslich die Tuben waren von Carcinom ergriffen in 13 Fällen (Nr. 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18).

Ein Ovarium mit ergriffen in 3 Fällen (Nr. 1, 2, 6).

Anderweitige Erkrankungen der Tuben waren in sämtlichen Fällen vorhanden.

Verschluss des Abdominalendes der Tube ohne Perisalpingitis, ohne Erkrankung der Ovarien und des Bauchfelles, bestand in 4 Fällen (Nr. 3, 4, 5, 10).

Die Occlusio infundibilli muss der Neubildung stets vorausgegangen sein.

Chronische Salpingitis und Peri-Salpingitis mit oder ohne Sactosalpinx (serosa hämorrhagica) beider Seiten in 6 Fällen (Nr. 1, 2, 6, 7, 13, 16).

In den Fällen 9 und 11 kann angenommen werden, dass auch die andern Adnexa erkrankt waren.

Sactosalpinx purul. unilateralis uud bilateralis in je 1 Fall (Nr. 8 und 14).

Anderweitige Erkrankungen der Ovarien:

Multiple Abscesse im Fall 1.

Uniloculaere Cyste im Fall 1.

Multiloculaere Cyste des anderseitigen Ovariums im Fall 18.

Uniloculaere Cysten beiderseits im Fall 6.

Tubo-Ovarialcyste im Fall 13 und 10.

Perioophoritis ist zwar nur in 1 Fall (7) erwähnt; aber sie muss ebenso wie Pelvioperitonitis chron. wenigstens in allen Fällen chronischer Perisalpingitis mit vorhanden gewesen sein.

Gelegentlich der Besprechung der Aetiologie der carcinomatösen Tubenerkrankung wird neben dem Vorhandensein anderer Adnexerkrankungen die stets vorhandene chronische Salpingitis mehrmals mit Atresia infundibuli verbunden erwähnt. Dieselbe war ausnahmslos bei der Tubencarcinose vorhanden. Darauf wird auch die öfter bemerkte Verdickung der Tubenwand zurückgeführt. Einen Einfluss auf die Entstehung des Eileiterkrebses scheint ferner das Climacterium zu haben, beispielsweise waren von 15 Eällen, in denen das Alter angegeben ist, 10 zwischen dem 43. und 50. Jahre.

So kam D o r a n und F e a r n e dazu „die primaeren carcinomatösen Affectionen der Tuben als Ergebnis einer malignen Degeneration früher bestandener gut-

artiger Papillome, welche in verschiedener Menge und Grösse bei katarrhalischen, hydropischen und purulenten Entzündungen vorkommen", aufzufassen. Sänger und Barth weichen von dieser Erklärung darin ab, dass sie eine directe Entstehung des Carcinoms der Tube und die mit diesem in 3 Fällen vorgefundene Eiterung als accidentelle annehmen. Ihre Ansicht sprechen sie dahin aus, „dass das primaere Tubencarcinom stets auf dem Boden einer chronischen, vielleicht meist eitrig gewesenen, aber nicht mehr eitrigen Salpingitis, nachdem dieselbe sehr lange Zeit bestanden hat, erwächst und dies zumeist genau in der climacterischen Zeit"; zugleich weisen sie auf die Wichtigkeit hin, welche man deshalb objectiven und subjectiven Verschlimmerungen alter Adnexerkrankungen gerade zu dieser Zeit beilegen muss.

Was unseren Fall betrifft, so steht ja der sichere Beweis für das Vorhandensein einer chronischen Salpingitis, die sehr lange Zeit bestanden hat, aus; immerhin darf aber die Möglichkeit oder besser Wahrscheinlichkeit eines solchen nicht ausser Acht gelassen werden, schon deswegen, weil die Kranke vor 24 Jahren eine sehr schwere Geburt durchgemacht hat und diese, obwohl die Patientin verheiratet war, die einzige geblieben ist. Man wird wohl nicht irre gehen, wenn man die Sterilität mit einer etwaigen im Puerperium acquirierten Entzündung in Zusammenhang bringt. —

Am Schluss dieser Arbeit angelangt, obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Hofrath Professor Dr. Amann, Vorstand der II. gynaekologischen Klinik, für Überlassung des Materials, Herrn Dr. Max Madlener, klinischem Assistenten, für die Anregung zu dieser Arbeit und seine liebenswürdige Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.